



FACULDADE EVANGÉLICA DE GOIANÉSIA
CURSO DE ODONTOLOGIA

**INCISIVOS CENTRAIS INFERIORES COM ABSCESSO
PERIAPICAL AGUDO DEMONSTRANDO PRESENÇA DE
FÍSTULA EXTRAORAL COM DRENAGEM ESPONTÂNEA**

ANA CLARA FERNANDES FABIANO
JOÃO VICTOR NASCIMENTO OLIVEIRA
LUANNA DE CARVALHO ALMEIDA
MARCOS VINNYCIUS ROLIM AZARIAS

Goianésia-GO

2021

ANA CLARA FERNANDES FABIANO
JOÃO VICTOR NASCIMENTO OLIVEIRA
LUANNA DE CARVALHO ALMEIDA
MARCOS VINNYCIUS ROLIM AZARIAS

**INCISIVOS CENTRAIS INFERIORES COM ABSCESSO
PERIAPICAL AGUDO DEMONSTRANDO PRESENÇA DE
FÍSTULA EXTRAORAL COM DRENAGEM ESPONTÂNEA**

Trabalho de conclusão de curso apresentado a disciplina de Produção Científica III do Curso de Odontologia da Faculdade Evangélica de Goianésia, sob a orientação da Prof^a Me. Alyne Moreira Brasil, como requisito obrigatório para obtenção do título de bacharel em Odontologia.

Goianésia-GO
2021

SUMÁRIO

1. ARTIGO CIENTÍFICO.....	04
2. NORMAS DE PUBLICAÇÃO DO PERIÓDICO	12
3. CERTIFICADO DE APRESENTAÇÃO EM CONGRESSO E RESUMO PUBLICADO EM ANAIS.	22
4. COMPROVANTE DE SUBMISSÃO DO ARTIGO PARA REVISTA CIENTÍFICA.....	24
5. ANEXOS	25

1. ARTIGO CIENTÍFICO

INCISIVOS CENTRAIS INFERIORES COM ABSCESSO PERIAPICAL AGUDO DEMONSTRANDO PRESENÇA DE FÍSTULA EXTRAORAL COM DRENAGEM ESPONTÂNEA

LOWER CENTRAL INCISIVES WITH ACUTE PERIAPICAL ABSCESS DEMONSTRATING THE PRESENCE OF EXTRAORAL FISTULA WITH SPONTANEOUS DRAINAGE

ANA CLARA FERNANDES **FABIANO**¹, JOÃO VICTOR NASCIMENTO **OLIVEIRA**¹, LUANNA DE CARVALHO **ALMEIDA**¹, MARCOS VINNYCIUS ROLIM **AZARIAS**¹, MAISA FRANÇA **TEIXEIRA**², ALYNE MOREIRA **BRASIL**^{3*}

1. Acadêmico do curso de graduação de Odontologia da Faculdade Evangélica de Goianésia; 2. Doutora e Professora adjunta do curso de odontologia da Faculdade Evangélica de Goianésia; 3. Graduada em Odontologia pelo Centro Universitário de Anápolis, Professora Mestre em Endodontia das disciplinas de Endodontia e Clínica Integrada do curso de Odontologia da Faculdade Evangélica de Goianésia.

* Rua José Ludovico de Almeida, 245. Apto 104. Vila Góis, Anápolis, Goiás, Brasil. CEP: 75120-170.
alyne.brasil@docente.evangelicagoianesia.edu.br

Recebido em 15/09/2022. Aceito para publicação em 09/10/2022

RESUMO

O abscesso periapical é uma patologia perirradicular derivada de agentes físicos, químicos e principalmente microbianos, afetando, portanto, a polpa dentária e levando à formação de exudato purulento na região do periápice do dente. As complicações podem ser definidas quanto a seus estágios, sendo eles crônico e agudo. A fim de diferenciá-los quanto a sintomatologia; a ausência de dor e edema definem o primeiro, em contrapartida, a presença de dor juntamente com o inchaço elucida o segundo, respectivamente. O enfoque do trabalho é revisar a literatura científica direcionada ao tema, evidenciando o relato de um caso clínico, portanto, a análise do diagnóstico, tratamento e prognóstico associado a fistula extraoral foram aplicadas. Concluindo essa revisão, nota-se que o diagnóstico correto e a prudência do cirurgião-dentista denotam extrema credibilidade, no que diz respeito a abordagem minuciosa e meticulosa diante das histórias da contusão e dos exames imagiológicos. A multidisciplinariedade dinamiza e estabelece resultados contundentes que viabilizam e entregam uma resposta efetiva para um devido plano de tratamento.

PALAVRAS-CHAVE: Abscesso agudo; fístula; drenagem; endodontia.

ABSTRACT

Periapical abscess is a periradicular pathology derived from physical, chemical, and mainly microbial agents, thus affecting the dental pulp and leading to the formation of pus in the periapical region of the tooth. Complications can be defined in terms of their stages, which are chronic and acute. In order to differentiate them in terms of symptomatology; the absence of pain and edema define the first, in contrast, the presence of pain together with the swelling elucidates the second, respectively. The focus of the work is to review the scientific literature on the subject, highlighting the report of a clinical case, therefore, the analysis of diagnosis, treatment and

prognosis associated with extraoral fistula were applied. Concluding this review, it is noted that the correct diagnosis and the prudence of the dental surgeon denote extreme credibility, about a meticulous and meticulous approach to the injury stories and imaging exams. The multidisciplinary dynamizes and establishes strong results that enable and deliver an effective response to a proper treatment plan.

KEYWORDS: Acute abscess; fistula; drainage; endodontics.

1. INTRODUÇÃO

Ao adentrar profundamente em estudos correlacionados aos abscessos periapicais, é possível conseguir a definição de suas etiologias, bactérias causais, características, sinais, sintomas, dentre outras especificidades. A presente arguição tem como foco principal a análise específica de uma lesão no periápice com denominação aguda.

O abscesso periapical é considerado uma patologia de origem dental, e da região perirradicular se constituindo como um processo inflamatório e infeccioso derivado de agentes físicos, químicos e principalmente microbianos, afetando, portanto, a polpa dentária e levando à formação de pus na região do ápice do dente. As suas complicações podem ser definidas quanto a seus estágios, sendo eles crônico e agudo.

O processo de inicialização dos abscessos periapicais, geralmente ocorre secundário à uma cárie dentária, falhas no tratamento radicular e outros, ou seja, principal presença de microrganismos no elemento dentário. Uma vez que, posteriormente a anulação da polpa intacta, a colonização diversificada de bactérias no canal radicular é a principal forma de infecção da câmara¹.

2. CASO CLÍNICO

Paciente, gênero masculino, 46 anos, compareceu ao atendimento no Instituto do Sorriso, clínica de Anápolis - GO em maio de 2021, queixando-se, principalmente, de dor na região anteroinferior da mandíbula, relatando inchaço e sensação de pressão. Seguindo a sequência clínica, foi realizada a anamnese onde constatou-se a ausência de sinais sistêmicos.

Durante a entrevista, o paciente relatou estar sob o uso de dipirona como medicamento para alívio da dor por 3 dias. Além disso, na história anterior, afirmou ter sofrido trauma na região inferior da mandíbula quando praticava atividade esportiva (voleibol) há mais de 20 anos; tendo relatado que na época, em determinado momento sentiu os dentes sensibilizados durante um intervalo indeterminado de tempo.

Ao exame clínico intraoral foi presenciado um escurecimento na coroa do dente 31, adjunto a isso, presença de trinca no esmalte (Figura 1).



Figura 1. Trinca no esmalte (elemento 31). Fonte: Autores, 2021.



Figura 2. Radiografia Periapical de Incisivos Centrais Inferiores. Fonte: Autores, 2021.

Quando propostos aos testes térmicos, os elementos 31 e 41 responderam de forma negativa, diante ao resultado, foi realizado o teste de percussão vertical, no qual apresentou resposta positiva com maior intensidade no elemento 31.

Com intuito de aumentar as evidências clínicas, o

paciente foi submetido aos exames radiográficos periapicais (Figura 2). No resultado, após as análises, foi encontrada uma imagem radiolúcida na região dos incisivos centrais inferiores sugestiva de lesão periapical.

Por conseguinte, o paciente foi designado ao tratamento de urgência, com diagnóstico de abscesso perirradicular agudo no incisivo central inferior esquerdo. Durante o processo clínico, o referido foi submetido a técnica anestésica, e, assim, iniciado o acesso endodôntico sob isolamento absoluto (Figura 3).

Na inspeção dos canais radiculares, realizada através da lima k#25, houve uma drenagem do exsudato purulento (Figura 4). Após a excreção, o canal foi ampliado e o preparo radicular finalizado, diante o tratamento foi implementada a medicação intracanal com Hidróxido de Cálcio e Ultracal (Ultradent). Para finalizar a sessão, realizou-se a prescrição de Amoxicilina (500 mg) + Ácido Clavulânico (125mg) de 08 em 08 horas durante 05 dias.



Figura 3. Isolamento Absoluto. Fonte: Autores, 2021.



Figura 4. Drenagem de exsudato purulento dente 31. Fonte: Autores, 2021.

No decorrer do seu pós-operatório, ao terceiro dia, através de uma ligação, o paciente relatou sentir dor e afirmou ter a presença de fístula extraoral na região do mento (Figura 5).



Figura 5. Fístula extraoral na região no mento. Fonte: Autores, 2021.



Figura 6. Agitação com Easy Clean. Fonte: Autores, 2021.

Pela gravidade de sua dor, foi proposto um novo atendimento, portanto, o dente 41 foi submetido a urgência endodôntica, preparo radicular, medicação intracanal e selamento coronário na sua primeira sessão.

Após 15 dias, iniciada a segunda sessão, o paciente foi sujeito a uma reintervenção para novo preparo radicular nos dentes 31 e 41, agitação de solução irrigadora NaOCl 2,5% com EasyClean (Easy), obturação dos condutos (Figura 6, 7 e 8), e, por fim, restauração final.



Figura 7. Conometria. Fonte: Autores, 2021.

De modo que o paciente se apresentava ao final do tratamento sem dor, sem exsudação via canal e a fístula extraoral cicatrizada (Figura 9).



Figura 8. Radiografia dos condutos obturados. Fonte: Autores, 2021.



Figura 9. Fístula cicatrizada. Fonte: Autores, 2021.

3. DISCUSSÃO

Processo da Doença

Com a intenção de referenciar o tratamento adequado de um abscesso apical agudo, o qual se faz necessário um tratamento de ação local eficiente e com terapias complementares, apresenta-se a real importância para a referida discussão, por ser considerado como uma evolução da periodontite apical crônica¹. Caso o abscesso seja no âmbito extraoral, o abscesso agudo pode ser definido de duas maneiras: localizado ou difuso^{1,2}.

Haja vista que segundo os autores, os modificadores da doença, incluindo fatores transitórios ou permanentes relacionados ao hospedeiro, influenciam o desenvolvimento e a gravidade dos abscessos agudos³.

Nesse contexto ora exposto sobre as complicações de abscesso envolvendo infecções na face média, podendo apresentar alto risco e resultados como

trombose do seio cavernoso. Outras complicações relatadas de disseminação de infecções dentárias incluem abscesso cerebral que alguns fatores relacionados ao hospedeiro podem contribuir para o aumento da mortalidade associada a abscessos dentais agudos, incluindo diabetes, consumo crônico de álcool e tabaco, desnutrição e uso de substâncias ilícitas^{1,2,4}.

Em infecções endodônticas agudas, não apenas as bactérias envolvidas estão localizadas no canal radicular, mas também invadem os tecidos periradiculares e têm o potencial de se espalhar para outros espaços anatômicos da cabeça e pescoço para formar uma celulite, que é uma doença inflamatória difusa disseminada no processo com formação de pus⁴.

No entanto, quando o dente sofre um trauma com a exposição dos túbulos dentinários e exposição da polpa a bactérias, tornando-a posteriormente necrótica, as bactérias encontradas no sistema de canais radiculares de dentes com infecção aguda, iniciada com necrose pulpar, são predominantemente anaeróbias de metabolismo proteolítico⁵.

Dessa forma, é essencial realizar o diagnóstico e o tratamento adequado para minimizar o foco infeccioso e impedir o desenvolvimento da referida infecção, tendo em vista, caso não seja feito o tratamento correto, o abscesso pode evoluir para Angina de Ludwig, que invade os três espaços faciais, (submandibular, sublingual e submentoniano)². A evolução do caso clínico e aumento das complicações, uma grave celulite extraoral. A Angina de Ludwig pode apresentar sintomas como o trismo, o mal-estar, febre e dispneia⁶.

Infecção Endodôntica

Embora a infecção endodôntica tenha como principal fator etiológico a presença de microrganismos que designam o quadro infeccioso, uma polpa prejudicada por traumatismos dentários se tornam mais susceptíveis às bactérias que contaminam o canal radicular do que uma polpa em estágio de vitalização. Apesar da necrose e fixação dessas bactérias no canal serem comumente assintomáticas, a sua progressão para os tecidos periapicais, através do forame apical, levam a formação de abscessos, e induzem a formação de infecção e pus^{7,8,9}.

A microbiota presente na infecção endodôntica se torna mais explícita durante a progressão da doença, além disso, modifica o ambiente do canal radicular e seu estado nutricional. Contudo, criando um ambiente propício, anaeróbico e com perda de elementos fundamentais do organismo, concede-se um compartimento ecológico resistente para microrganismos sobreviventes¹⁰.

As evidências clínicas de um paciente dispendo de uma lesão de abscesso periapical agudo podem estar relacionadas a dores e edemas, podendo ter suas variações de leve a grave. Também podem estar presentes no quadro de sinais e sintomas as linfonopatias; dores de cabeça; mal-estar; náuseas e febre. Durante todas as fases dessa lesão, denotam clinicamente, prognósticos dolorosos caracterizados de

forma pulsátil, intensa e contínua¹⁰.

Trato Sinusal Cutâneo

O abscesso agudo é uma manifestação comum e necessita de tratamento emergencial. Em seu estágio avançado, pode drenar espontaneamente por meio de uma fístula, sendo esta intra ou extrabucal, dependendo do local e do dente acometido. Para determinar o ponto de uma fístula, são analisados vários fatores, tais como, dente causador, espessura do osso, musculatura e a localização radicular⁵.

A localização que a fístula se origina depende da área das inserções dos músculos envolvidos. Quando a fístula é denominada cutânea, ocorre na região extrabucal e gera um enorme incômodo ao paciente, ao decorrer das drenagens realizadas e do comprometimento estético. Através de um exame clínico, é notado o aspecto da fístula como uma lesão papular ou nodular composta e com tecido de granulação que mostra o local para ser drenado, tanto intra, quanto extraoral⁴. Também é observado através de exames radiográficos uma área radiolúcida delimitada com seu trajeto encontrado com o auxílio da guta-percha. Quando há fístula extraoral na região de cabeça e pescoço, muitas vezes é ocasionada por um abscesso dental e encontrada no queixo ou na área submental, raramente na região nasal^{4,5}.

Se o tratamento adequado não for efetuado corretamente, o abscesso agudo pode evoluir para um estágio grave (abscesso crônico) devido à exteriorização da coleção purulenta através da fístula, ou até se espalhar para tecidos mais profundos, alcançando outras regiões anatômicas de cabeça e pescoço⁵.

Implicações Terapêuticas

As variadas infecções agudas bucomaxilofaciais têm uma elevada casuística, assim como riscos que podem levar o paciente a óbito. As informações da história familiar, social e pregressa colhidas na anamnese podem sugerir e interferir no diagnóstico posterior a avaliação clínica e imagiológica. É viável pedir exames laboratoriais, pois eles forneceram um panorama da situação do comprometimento sistêmico do paciente, do mesmo modo que qualquer alteração localizada poderá influenciar na terapêutica a ser ministrada. Erros de diagnóstico e de tratamento iniciado sem sucesso podem piorar a situação da infecção e até torná-la irreversível, tal como os tratamentos iniciados tardiamente têm suas desvantagens, permitindo que as bactérias se alastrem pelas regiões anatômicas adjacentes¹¹.

Os locais atuantes como canais de infecção denotam uma maior ou menor gravidade ao caso, sendo assim, um contribuinte para o aumento ou diminuição do risco de complicações. A terapia antimicrobiana deve ser baseada na ampla gama de bactérias admitidas em seu espectro de ação. A combinação de medicamentos, desde que positiva e benéfica, eliminará o foco primário de infecção, e dará uma condição imunológica ao paciente¹¹.

Microbiologia e Antibioticoterapia de Abscessos Periapicais Crônicos

Nos estudos passados, pesquisadores decorriam de dificuldades em identificar os patógenos causadores no desenvolvimento do abscesso por métodos inadequados, firmando que as amostras clínicas ideais são retiradas através da mucosa higienizada e com uma assepsia apropriada como, por exemplo, clorexidina, embora pesquisadores tenham conseguido amostras de exsudatos purulentos⁷.

Existem diversos tipos de bactérias, dentre elas, anaeróbias facultativas (1) e anaeróbias (2). Discutindo minuciosamente cada uma percebe-se que dentro de cada tipo existem milhões de bactérias. No primeiro grupo (1), a mais comumente encontrada pertence aos estreptococos do grupo viridians e os estafilococos, porém, em estudos antigos não o consideravam como colonizador mais frequente, já recentemente uma série de estudos confirmam tal espécie⁷.

No segundo grupo (2), os gêneros mais encontrados isoladamente incluem os estreptococos anaeróbicos, *Fusobacterium species* e os anaeróbicos de coloração preta, como *Prevotella* e *Porphyromonas specie*. A atenção a coleta e ao desenvolvimento de amostras teve uma grande melhora nas rotinas de diagnósticos, no entanto, apesar da minuciosidade, muitos gêneros de bactérias têm necessidade de serem cultivados de diversas doenças infecciosas, por exemplo, o abscesso periapical agudo⁷.

Tais melhoras na amostragem, cultura e reconhecimento tornaram maior a compreensão da flora bacteriana em um abscesso, resultando no levantamento de microrganismos com descrição de desconhecidos ao invés de novos. Diante deste fato, abriu-se, portanto, novas áreas de estudo dos fatores de malignidade e sua ascendência na patogênese do abscesso periapical agudo⁷.

Embora as novas técnicas tenham possuído grande melhora, apresentam também suas limitações quanto a seu uso, como a assepsia meticulosa durante o procedimento, para que diminua a possibilidade de contaminação. Além disso, tais técnicas só proviam a análise semiquantitativa de aspirados, e que confirmados em artigos usados pelo autor, poderiam mostrar a presença ou a ausência da espécie em questão⁷.

O tratamento nas infecções endodônticas é constantemente tratado com antibióticos, mas existem alguns cuidados com o uso do mesmo, contudo, determinadas bactérias apresentam tolerância aos antibióticos prescritos usualmente. A antibioticoterapia concede alguns perigos como toxicidade e efeitos colaterais que podem ocasionar problemas sérios e letais¹².

Essa terapia é indicada apenas para 20% dos casos de infecção endodôntica, mas são prescritas 80% e 50% é indicada incorretamente com duração ou dosagem imprecisa. Em consultórios odontológicos existe uma dificuldade frequente na hora de receitar esse método de cura, principalmente em casos de alergias (penicilina) e em algumas situações clínicas. O intuito dessa

medicação é trazer bem-estar, conforto e impossibilitar o agravamento do quadro clínico, visto que o abscesso traz um desconforto enorme, tanto no convívio social e na qualidade de vida do enfermo¹².

Utilizando a pesquisa literária, autores concordam que a terapia antibiótica não é essencial no momento que se consegue a retirada do agente agressor. Adepto a esta informação, os antibióticos não são capazes de atingir e dissipar os microrganismos existentes nos sistemas de canais radiculares devido a inexistência de circulação sanguínea no interior da polpa necrótica e contaminada, em suma, a fonte de inflamação não é ligada pela terapia antibiótica sistêmica¹².

É importante ressaltar que se o paciente estiver saudável e sem exacerbação da infecção não se precisa usar antibioticoterapia. Nessa situação, a conduta é por meio de fisioterapia com calor para ajudar na drenagem do abscesso. Se porventura recebesse o antibiótico neste caso, a drenagem futuramente ficaria prejudicada levando o abscesso a parar de evoluir e regredir, aumentando este estágio¹².

A atividade enfrentada pelos microrganismos está diretamente relacionada ao processo da infecção, seja pelos efeitos positivos que a boa tolerância proporciona, seja pela posologia adequada que culminará em melhora significativa do tratamento. O antibiótico que será escolhido afetará a extensão de toda a infecção, determinando, portanto, a duração da mesma. Ela oscilará de 5 a 10 dias e terá suas manifestações clínicas desaparecidas pouco tempo depois¹².

Para que o controle seja estabelecido e a eliminação do foco contida, a terapia endodôntica deve ser considerada e validada. As drogas efetivas e disponíveis são seguras e necessitam passar por um teste de susceptibilidade, assim como a atividade da microbiota infectante requer um estímulo de agentes antimicrobianos. A penicilina, considerada a melhor alternativa dentre os antibióticos sistêmicos é ideal para efetivar a saída de grande parte das bactérias. Esta alternativa de antibioticoterapia tem apenas uma desvantagem, a grande hipótese de manifestação de alergia. Em contrapartida, possui um custo baixo, os efeitos colaterais são praticamente inexistentes e a sua toxicidade é fraca, podendo isolar os casos de infecções endodônticas sem invasões pertinentes¹².

A amoxicilina, por sua vez, necessita de menos administrações durante o dia e tem uma penetração maior nas áreas de tecidos ósseos. A bactéria, no entanto, é menos resistente a amoxicilina que a penicilina, contabilizando 85% de chance nesta última. Essa resistência alcança uma porcentagem de cinco a vinte entre os antibióticos disponíveis no mercado. É recomendado usufruir de altas doses da amoxicilina no tratamento das infecções, uma vez que os contribuintes (patógenos) estarão implicados na formulação e desenvolvimento do ácido clavulânico/amoxicilina¹².

As espécies mais resistentes acabam por levar um resultado significativo, porém negativo, no que diz respeito a reinfeção antes consideradas controladas, deixando os antibióticos utilizados anteriormente em

uma situação de ineficácia. Os pacientes acometidos por tais microrganismos sofrem um aumento na escala de mortalidade e morbidade¹².

O paciente alérgico à penicilina pode desenvolver quadros de choque anafiláticos afamados graves a moderados, portanto, a cefalosporina possui uma boa indicação em condições específicas, quando o caso do paciente não é considerado imediato, por exemplo. É importante, no entanto, observar a reação do paciente alérgico à penicilina nos primeiros 30 minutos (caso ele nunca tenha tomado cefalosporina). Além desta, a clindamicina é vista como uma alternativa, ele possui um espectro de ação e resistência contra bactérias anaeróbias facultativas e acuradas¹².

Os efeitos adversos são recorrentes, assim como qualquer antibiótico, sendo mais comum ocorrer em enfermos, administrando intravenosamente. Os sinais e sintomas aparecidos/demonstrados podem surgir como febre e dor abdominal, caso persista e aumente, pode evoluir para uma diarreia, necessitando, no entanto, suspender o uso¹².

A princípio destas vantagens, várias reações controversas têm sido associadas com as claritromicinas por competir com uma enzima similar do fígado, interferindo em seu metabolismo quando administradas, concomitantemente, com as teofilinas, digoxina (cardiotônicos - utilizados em pacientes com insuficiência cardíaca), carbamazepina (antiepiléptico), ciclosporina (imunossupressor), lovastatim (antilipêmicos) e varfarina (anticoagulante oral). Foram constatadas arritmias cardíacas graves com a combinação da claritromicina com algumas drogas, sobretudo as terfenadinas¹².

Eventualmente, existem controversas relacionadas a antibioticoterapia em pacientes alérgicos às penicilinas, conseqüentemente, os macrolídeos podem ser priorizados em todos os casos, já a clindamicina é uma boa opção no caso de alergias e resistência bacteriana. Normalmente, os resultados favoráveis do tratamento aparecem com o desaparecimento do edema, dor, trismo, linfadenopatia e febre. Uma boa opção é usar o metronidazol devido a circunstância de sua seletividade por bactérias anaeróbicas. Deve estar sempre associada à gestão das penicilinas, com finalidade de aumentar o seu espectro de ação, porém este medicamento não deve ser administrado em pacientes gestantes e usuários de bebidas alcoólicas¹².

Por conseguinte, sua eficácia clínica no tratamento de uma infecção dará um diagnóstico apropriado a depender do tipo de microrganismo infectante, escolha do agente quimioterápico, mais preciso e eficaz, com baixa toxicidade e custo acessível. A principal vantagem da antibioticoterapia é o efeito bactericida sobre microrganismos aeróbios e anaeróbios, com efeitos colaterais limitados a baixo custo. A clindamicina é uma boa opção tanto em casos de alergia a penicilinas como em casos de infecções severas e resistentes¹².

Em vista disso, uma boa opção para pacientes alérgicos à penicilina seria a azitromicina, pelo fato da sua reduzida toxicidade e boa eficácia, além de ser

administrada em uma única dose diária. O paciente alérgico à penicilina pode apresentar sensibilidade as cefalosporinas. Se a infecção persistir por dois dias desde o início do tratamento não apresentando melhora, será indispensável a alteração do antibiótico. Podendo usar amoxicilina juntamente com clavulanato de potássio ou afiliada ao metronidazol¹².

Desta maneira, o diagnóstico precoce da ineficácia do antibiótico é um convite à recorrência de uma possível infecção prolongada. Detalha-se certa tendência na prática odontológica para a diminuição do tempo de duração da prescrição, pois prolongados tratamentos com antibióticos podem destruir a flora bacteriana. O cirurgião dentista precisará de extrema cautela para os cuidados sistêmicos complementares como: hidratação, suporte nutricional, repouso, prescrição de analgésicos¹².

Traumas Dentários com Envolvimento Endodôntico

Os traumas dentários ocorrem com muita prevalência e são relatados nos consultórios odontológicos pelos pacientes de forma apreensiva, uma vez que interferirá na vida do mesmo como um todo, gerando traumas físicos e psicológicos, podendo afetar a vida social, além da autoestima e do sucesso profissional, especialmente quando há a perda dos dentes permanentes. Com o intuito de estabelecer um diagnóstico seguro, é imprescindível a realização de exames clínicos e radiográficos, assim como avaliar o grau da lesão e estabelecer o plano de tratamento e o prognóstico conveniente^{13,14}.

Alguns exames complementares contribuem no diagnóstico, sobretudo, na avaliação periapical e pulpar, entre eles a percussão, a palpação, os testes de vitalidade pulpar, de mobilidade dental e de mudança de cor coronária podem isolar o caso e excluir algumas possibilidades antes colocadas em pauta. Além do mais, a intervenção urgente dos especialistas evitará resultados impróprios, visto que o sucesso está intimamente relacionado à rapidez e eficiência com que o caso é tratado. Desta maneira, determinar os primeiros socorros ao paciente, bem como estabelecer quais e quantos especialistas tratarão o trauma, fundamentam a condição e levam afimco ao que se espera¹³.

Apesar dos traumas dentários ocorrerem mais frequentemente em crianças e adolescentes (principalmente do sexo masculino em fase de crescimento), a chance de acontecer com outras faixas etárias é esperada e recorrente. Indivíduos que apresentam selamento labial desvantajoso ou que possuem a maxila protrusa a mais de 5mm com relação a mandíbula têm uma suscetibilidade maior a traumas e desastres em quedas, o que faz com que o alerta por parte dos profissionais para os pais das crianças seja prévio, a fim de que eles se preocupem com tratamentos preventivos. As principais causas são colisões com objetos ou pessoas, acidentes automobilísticos, agressões físicas e atividades esportivas. As sequelas do trauma dentário são problemas para o cirurgião-dentista,

principalmente quando a polpa é acometida. No entanto, quanto mais rápido se procurar tratamento, maiores serão as chances de efetividade. Dentre os comprometimentos estéticos e funcionais, nota-se a presença da necrose pulpar, da anquilose, do escurecimento coronário, da calcificação pulpar, da reabsorção dentária e da fratura coronária e radicular^{13,14}.

Com o objetivo de proporcionar uma estratégia de tratamento endodôntico profilático em dentes que apresentavam calcificação pulpar subsequente a trauma, foi realizado um estudo composto por 78 dentes em 16 anos como período de observação¹⁵. A necrose pulpar foi diagnosticada pela radiolucidez periapical com ausência de resposta ao teste elétrico (EPT) e, no exame clínico, 51% dos dentes responderam normalmente ao EPT. Portanto, durante o período de observação, lesões ósseas periapicais que sugeriram necrose pulpar foram desenvolvidas em sete dentes, valor equivalente a apenas 8,5%^{13,15}.

Em outra pesquisa, dessa vez avaliando 56 incisivos permanentes com raízes fraturadas entre os anos 1981 e 1993, 52% dos pacientes procuraram atendimento entre 1 hora e 7 dias após o trauma, enquanto os demais procuraram de um mês a 31 anos após o acidente¹³. A cicatrização ocorrida com tecido conjuntivo foi notada em 19 dentes, com tecido calcificado em 15 e com tecido ósseo em apenas um. Desses, 21 dentes apresentaram necrose pulpar parcial ou total. Visto isso, constata-se que um exame imediato após trauma é valioso no tratamento conservador e endodôntico em curto ou longo prazo^{13,16}.

Os danos aos dentes também são denominados por sequelas, podendo acontecer tardia ou imediatamente. Os danos imediatos demandam tratamentos de urgência e podem se manifestar como luxação, concussão, fraturas coronárias e avulsão. Ainda que os sinais e sintomas tenham cessado com a terapia curativa, não é seguro pensar que houve a cura definitiva do dente em questão, pois caso não haja a preservação, o dente pode apresentar outros danos mais severos posteriormente¹³. O cuidado ao avaliar clínica e radiograficamente cada caso delimita e proporciona detalhes antes negligenciados e inibe muitos erros, deixando o paciente mais confortável e seguro de quaisquer procedimentos que serão realizados seguidamente.

A necrose pulpar foi tida como a seqüela mais encontrada entre o primeiro ano após o trauma. Em contrapartida, na reabsorção interna, parte da polpa deve apresentar suprimimento sanguíneo durante a expansão da lesão, havendo uma resposta negativa ao teste de sensibilidade, o resultado obtido poderá se apresentar com o tecido pulpar necrótico na porção coronal da raiz. Ao dar início a um tratamento rapidamente, a progressão das lesões e fraturas coronárias ou radiculares poderão ser detidas. Os danos subsequentes aos traumas intrusivos sem dúvidas são os mais prejudiciais aos elementos dentários, sendo, no entanto, um fator unânime. O dente sofre tração axial no alvéolo, agravando a lesão do osso alveolar, do ligamento

periodontal, do cimento e da polpa¹³.

Etapas da Endodontia Convencional e Finalização do Tratamento

As etapas operatórias do tratamento de sistemas radiculares com relação à polpa, apresentam duas condições: com vitalidade pulpar e sem vitalidade pulpar. Segmentando-as, a biossegurança está referente a parte de controle da infecção na endodontia, com assepsia e antisepsia, esse conjunto leva a disseminação dos germes fazendo com que os microrganismos não invadam o local do campo operatório. Diante disso, o início do processo é realizado com a abertura coronária, denominada “cirurgia de acesso”, fase esta, que demonstra a exposição da câmara pulpar, e visualização direta das entradas dos canais radiculares¹⁶.

Seguindo o devido tratamento, tem-se a remoção da polpa radicular, dirigida por um passo a passo que exige cuidado e minuciosidade, como, por exemplo, o desgaste compensatório (forma de contorno), forma de conveniência, exploração e a odontometria, obtendo, portanto, o seu comprimento de trabalho. A neutralização séptica do canal radicular é de suma importância antes do preparo biomecânico, para deter possíveis variações no aspecto sistêmico do paciente¹⁶.

O preparo biomecânico dos canais radiculares é realizado através de uma limpeza micromecânica (por limas manuais), logo, atribui ao canal uma conformação cônica no sentido ápice/coroa e pelo caminho pavimentado, fazendo com que as paredes dentinárias estejam liberas de mediações, lisas, interruptas e sem ondulações¹⁶.

Concluída a etapa de preparação de canais, é iniciado o controle de infecção, que consiste em medicações tópicas entre sessões chamadas de “curativos de demora” sendo específica em cada caso. A obtenção é a mudança da cavidade pulpar por elementos que faz o selamento mais hermético, que deve ser inerte e/ou antissépticas permitido pelo organismo, fazendo a estimulação da reparação apical e periapical. Na etapa final está a restauração coronária definitiva, cuja preservação consiste no controle clínico e radiográfico após o tratamento endodôntico, realizada para a avaliação da eficiência da técnica utilizada no paciente¹⁶.

Para findar a infecção endodôntica, o tratamento dos sistemas radiculares que obtém maior eficácia é a terapia endodôntica, que promove a cura do processo infeccioso. A desinfecção e o desfecho do abscesso se dão pela ação dos processos mecânicos realizados por meio de materiais manuais específicos nas paredes internas, e juntamente com o amparo de substâncias irrigadoras antissépticas, como, por exemplo, o hipoclorito de sódio e medicações intracanal para a total desinfecção do canal radicular¹⁷. “O hipoclorito de sódio (NaOCl) tem sido o irrigante de primeira escolha devido a sua capacidade de dissolver tecidos e por ter efeito antibacteriano, especialmente contra o biofilme”¹⁸.

Após os processos de limpeza do canal, inicializa a secagem e selamento dos canais radiculares (coronário,

lateral e apical), conseguinte a devida obturação para que a lesão não tenha sua reinfecção¹⁷. No entanto, se houver insucesso na intervenção endodôntica conservadora, pode ser necessário utilizar uma terapia cirúrgica, como, por exemplo, a técnica de marsupialização ou cirurgia parendodôntica¹⁹.

A antibioticoterapia que deve ser ministrada nos casos de abscessos periapicais agudos necessita ser prescrita com minuciosidade e cautela, visto que, são indicados apenas para complementação da técnica do tratamento endodôntico convencional e em outros casos específicos²⁰. Além do que, a prescrição deve apresentar correta dosagem e duração para que possa evitar o aparecimento de cepas bacterianas persistentes/resistentes.

4. CONCLUSÃO

O objetivo geral deste trabalho foi estabelecer, de maneira gradual, um recurso didático proveniente de um caso clínico sugerido como infeccioso, além do mais, respeitou os limites do paciente e o deixou seguro e confiante quanto aos procedimentos realizados.

O diagnóstico correto e precoce para avaliar e investigar infecções do tipo abscesso periapical agudo é imprescindível para que o estabelecimento do tratamento terapêutico seja, de fato, válido e conveniente, uma vez que, intervêm positivamente no manejo e remoção da dor exteriorizada.

O tratamento endodôntico desenvolvido atendeu às expectativas, gerando, portanto, resultados eficientes e positivos. O exsudato purulento foi expelido e, juntamente a ele, o incômodo, a inflamação e a dor. Diante disso, tem-se uma expectativa maior quanto às melhorias obtidas com o tratamento, eliminando as possíveis complicações e facilitando os processos de avaliação, diagnóstico e resolução.

5. REFERÊNCIAS

- [1] Ingle, J.I.; Bakland, L.K.; Baumgartner, J.C. *Ingle's Endodontics*. Hamilton, Ontario. 2008.
- [2] Siqueira, José F.; Roças, Isabela N. *Microbiology and Treatment of Acute Apical Abscesses*. *Journals ASM*. 2013; 26(2):255-273.
- [3] Sasaki H, Stashenko P. Inter-relação da polpa e periodontite apical. *QuintessencePublishing, Chicago*. 2012; 277-299.
- [4] Santos, L. A. O. *Tratamento endodôntico de abscesso apical agudo*. São Paulo. 2020.
- [5] Borges, M. C. *Fístula extraoral associada à lesão periapical de origem endodôntica: embasamento para o clínico*. Belo Horizonte. 2011.
- [6] Peterson, L. J. *Cirurgia oral e maxilofacial contemporânea*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2000.
- [7] Robertson, D.; Smith, A. J. The microbiology of the acute dental abscess. *Journal of Medical Microbiology*. 2009; 58(2):155-162.
- [8] Travassos, R. M. C, et al. Conservative endodontic treatment in extensive periapical lesion: Case report. *Research, Society and Development*. 2021; 10(5).
- [9] Siqueira, J. F., JR.; Rocas, I. N. Clinical implications and microbiology of bacterial persistence after treatment procedures. *J Endod*, 2008; 34(11):1291-1301.
- [10] Jhahharia, K. et al. Biofilm in endodontics: A review. *J IntSocPrev Community Dent*. 2015; 5(1):1-12.
- [11] Jardim, E. C. G.; et al. Infecções odontogênicas: relato de caso e implicações terapêuticas. São Paulo, *Revista Odontológica de Araçatuba*. 2011; 32(1):40-43.
- [12] Tortamano, Isabel Peixoto et al. "Antibioticoterapia no tratamento de abscessos periapicais agudos: quando indicar e como proceder?". *Revista Odonto, SãoBernardo do Campo*. 2008; 16(32):90-97.
- [13] Morello, J.; et al. Sequelas subsequentes aos traumatismos dentários com envolvimento endodôntico. *Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde*. 2011; 13(2):68-73.
- [14] Sanabe, M.; et al. Urgências em traumatismos dentários: classificação, características e procedimentos. *Rev PaulPediatr* 2009; 27(4):447-51.
- [15] Robertson A; et al. Incidence of pulp necrosis subsequent to pulp canal obliteration from trauma of permanente incisors. *J Endod*. 1996; 22(10):557-560.
- [16] Çaliskan, M.K; Pehlivan, Y. Prognosis of root-fractured permanent incisors. *EndodDent Traumatol*, 1996; 12:129-136.
- [17] Leonardo, Mario Roberto. *Etapas operatórias do tratamento do sistema de canais radiculares*. In: Leonardo, Renato de Toledo; Leonardo, Mario Roberto. *Tratamento de canais radiculares: Artes Médicas*, 2017.
- [18] Fiehn, N. E.; Larsen, T. Dental biofilm infections: an update. *APMIS*. 2017; 376-384.
- [19] Astolfi, G.G, et al. Tratamento endodôntico em dente desvitalizado por trauma: relato de caso clínico. *Rev. Odontol. Univ., São Paulo*. 2017; 90-99.
- [20] Marchionatti, A.M.E; et al. Tratamento Cirúrgico De Cisto Periapical De Ampla Extensão: Relato De Caso Clínico. *Rev. Saúde Integrada, São Paulo*. 2017; 10(20):86-89.
- [21] Alfenas, C.F; et al. Antibióticos no tratamento de abscessos perirradiculares agudos. *Revista Brasileira deOdontologia, Rio de Janeiro*. 2014; 71(2):120-123.

2. NORMAS DE PUBLICAÇÃO DO PERIÓDICO

APRESENTAÇÃO

Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research - BJSCR (ISSN 2317-4404) é um periódico com periodicidade trimestral, exclusivamente online, no formato *Open Access Journal**, publicado regularmente pela **Master Editora**, em Português e em Inglês. O periódico **BJSCR** dedica-se à publicação de estudos que contenham temáticas relevantes para as Ciências da Saúde, seja na forma de resultados de pesquisas científicas que revelam informações inéditas que possam contribuir com o avanço da fronteira do conhecimento, na forma de casos clínicos, documentando a consolidação ou propostas de abordagens clínicas e/ou terapêuticas, ou ainda na forma de atualização/ revisão da literatura, contribuindo para a identificação do progresso científico ao longo do tempo sobre determinada área, assunto ou tema.

Com o objetivo de elevação da relevância científica do periódico **BJSCR**, a partir de **10/07/2020**, serão aceitas as submissões de artigos **com até 8 autores**; casos excepcionais carecerão da consulta e deferimento do Editor-Chefe do periódico BJSCR.

* Como o BJSCR é um *Open Access Journal*, a confirmação do interesse dos autores pela publicação do manuscrito dar-se-á pelo efetivo pagamento da taxa de publicação, em função dos custos relativos aos procedimentos editoriais. Entretanto, o pagamento deverá ser realizado **APENAS DEPOIS** do aceite declarado pelo Editor-Chefe do periódico **BJSCR**. A comunicação do aceite será encaminhada via e-mail ao autor de correspondência.

TAXA DE PUBLICAÇÃO

Publicações em Língua Portuguesa

- Para cada artigo submetido a partir de 22/03/2018, com aceite declarado, a taxa de publicação é de **R\$ 250,00 (duzentos e cinquenta reais)**, e o manuscrito deve ser necessariamente encaminhado no respectivo **template do periódico BJSCR** e devidamente adequado às normas de publicação da revista.

O template pode ser baixado pelos autores, no item **TEMPLATES**, conforme o perfil do estudo.

Publicações em Inglês

- Para cada artigo submetido a partir de 22/03/2018, com aceite declarado, a taxa de publicação é de **R\$ 350,00 (trezentos e cinquenta reais)**, desde que o manuscrito seja encaminhado no respectivo

template do periódico **BJSCR** e já concebido pelos autores na língua inglesa, com as devidas adequações às normas de publicação do periódico **BJSCR**. O template pode ser baixado pelos autores, no item **TEMPLATES**, conforme o perfil do estudo.

TEMPLATES

Clique sobre um dos links de arquivos abaixo para fazer o download do template desejado. Após a redação dos autores, seguindo as normas editoriais do periódico **BJSCR**, a **SUBMISSÃO ONLINE** pode ser iniciada com o envio do template do estudo a ser analisado por meio de um **NOVO CADASTRO** de autor (<https://www.mastereditora.com.br/cadastro>) ou inserido o *login* e senha na home do website (<https://www.mastereditora.com.br/home>) no caso de autores cadastrados.

ESTRUTURA DO MANUSCRITO

- **Artigos Originais (experimental clássico):** incluem estudos controlados e randomizados, estudos observacionais, bem como pesquisa básica com animais de experimentação que produzam resultados inéditos. Os artigos originais deverão conter: identificação do(s) autor(es) e autor de correspondência, resumo, palavras-chave, *abstract*, *keywords*, introdução, material e métodos, resultados, discussão, conclusões, agradecimentos (se houver), financiamento (se houver) e referências.

- **Relatos de Casos Clínicos:** descrições de condições clínicas ou cirúrgicas singulares, doenças especialmente raras ou nunca descritas, assim como formas inovadoras de diagnóstico ou tratamento, com foco no caso relatado e/ou no método/ procedimento empregado. Os artigos de Relatos de Casos Clínicos deverão conter: identificação do(s) autor(es) e autor de correspondência, resumo, palavras-chave, *abstract*, *keywords*, introdução (breve), descrição do caso clínico sem a identificação do paciente, discussão (contemporizando o caso apresentado com a literatura científica especializada), conclusões, agradecimentos (se houver), financiamento (se houver) e referências. As publicações dos resultados na forma de Caso Clínico devem ser autorizadas pela instituição que detém a guarda do prontuário do paciente e pelo próprio paciente, via Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE). Não se exclui ainda a necessidade de apresentação de parecer de aprovação de Comitê de ética em Pesquisa sempre que os dados representarem a análise de tratamentos/ procedimentos experimentais.

- **Artigos de Revisão ou Atualização:** avaliações críticas e ordenadas da literatura em relação a certo tema de relevância para as Ciências da Saúde, respeitando-se a temática abordada e o recorte temporal que permita a reflexão sobre o progresso científico sobre o tema/ assunto estudado. Profissionais de reconhecida experiência poderão ser convidados a escrever revisões ou atualizações. Contudo, autores

que julgarem poder contribuir com análises/ estudos sobre temas específicos poderão encaminhar seus manuscritos para análise editorial. Os artigos de revisão ou atualização deverão conter: identificação do(s) autor(es) e autor de correspondência, resumo, palavras-chave, *abstract*, *keywords*, introdução, material e métodos (descrevendo os parâmetros utilizados para a seleção das referências bem como de outros parâmetros utilizados), discussão - exclusivamente textual ou ilustrada com elementos gráficos que deverão ser identificados necessariamente como **Figuras** ou **Tabelas**, para melhor visualização dos dados em análise, conclusões, agradecimentos (se houver), financiamento (se houver) e referências.

PREPARANDO O MANUSCRITO PARA A SUBMISSÃO ONLINE

O manuscrito deve ser redigido em no máximo 12 páginas. Obras com mais de 12 páginas serão analisadas em caráter de exceção, mediante contato prévio do(s) autores por e-mail (bjscr@mastereditora.com.br). O(s) autor(es) deve(m), utilizar o template do respectivo estilo de estudo a ser analisado. Para a redação, utilize-se da **terceira pessoa do singular** e do **verbo na voz ativa**, inclusive no que se refere ao texto em inglês (apenas do Abstract ou da obra completa, no caso de opção pela publicação da obra na íntegra em inglês). Deve ser utilizado o editor de texto MS Office Word ou equivalente, com a fonte **Times New Roman, a saber:**

- **Tamanho 8:** para legenda de figuras ou tabelas, título de tabelas e seus conteúdos textuais;
- **Tamanho 9:** para identificação das credenciais acadêmicas dos autores, endereço de correspondência e para o conteúdo do RESUMO, PALAVRAS-CHAVE, ABSTRACT E KEYWORDS;
- **Tamanho 10:** para a redação do conteúdo dos demais itens textuais do estudo.

Os autores devem atentar para o uso do espaçamento simples, evitando-se espaços ociosos entre os parágrafos. O texto deverá estar justificado à página.

1- TÍTULO: em Língua Portuguesa, deverá estar em negrito e centralizado no topo da primeira página, utilizando-se fonte de tamanho 18, em caixa alta (letras maiúsculas). O título em **inglês**, logo abaixo, deverá ser redigido em caixa alta, com fonte de tamanho 12.

2- IDENTIFICAÇÃO DO(S) AUTOR(ES): o(s) autor(es) deverá(ão) se identificar logo abaixo do título em inglês, com o nome completo, sem abreviações, digitado em caixa alta e justificado à página e fonte tamanho 10,5. O último sobrenome do(s) autores deve ser registrado em negrito. Depois do nome do(s) autor(es), deve constar respectivamente a titulação acadêmica e a instituição a que

pertence/ representa em fonte tamanho 9.

Exemplos: NOME DO AUTOR **FICTICIO**. Fonte 10,5 e o último sobrenome em negrito.
Acadêmico do Curso de Graduação em Medicina da Faculdade Nonono. **Fonte tamanho 9.**

AUTORA DE NOME **FICTICIO**. Fonte 10,5 e o último sobrenome em negrito.

Cirurgiã-Dentista, Doutora pela Faculdade de Odontologia da Universidade Nonono, Docente do Curso de Graduação em Odontologia da Universidade Momomo. **Fonte tamanho 9.**

Nota: adota-se como padrão internacional que, o último autor é, em geral, o orientador, o chefe do laboratório ou da instituição promotora do estudo, o pesquisador de maior experiência acadêmica e/ou na área. Contudo, o ordenamento do nome dos autores é de responsabilidade dos autores, sobre tudo, do autor responsável pelo estudo (orientador ou autor de correspondência, no caso deste último não ser o orientador do estudo).

3- ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA: deve ser registrado abaixo da identificação do(s) autor(es), constando os dados do autor responsável pela correspondência: rua, bairro, cidade, estado, país, CEP e e-mail. Preferencialmente, o orientador do estudo deve ser designado para os diálogos com o Corpo Editorial do periódico BJSCR, fornecendo preferencialmente seus contatos profissionais. Fonte tamanho 9.

4- RESUMO/ ABSTRACT: logo abaixo do endereço para correspondência, deverá ser inserido o RESUMO do estudo (fonte tamanho 9 em negrito). Um breve resumo do manuscrito deve ser registrado, com no máximo 200 palavras, seguido de 3 a 5 PALAVRAS-CHAVE*.

O resumo deve ressaltar o fator motivador para a realização do estudo, sendo composto por frases simplificadas (concisas), afirmativas, sem apresentação de itens enumerados com tópicos, na voz ativa e em terceira pessoa, em parágrafo único. Símbolos que não sejam comumente utilizados, fórmulas, equações, diagramas, entre outros, devem ser evitados. O ABSTRACT, de mesmo teor do resumo deverá ser apresentado abaixo do resumo e seguido pelas KEYWORDS*, com significado equivalente às palavras-chave utilizadas.

* Para seleção de palavras-chave/ keywords, utilize os “Descritores em Ciências da Saúde” DeCS/BIREME, disponível em <http://decs.bvs.br>. Caso não sejam encontrados os descritores disponíveis para cobrir a temática do manuscrito, poderão ser indicados termos ou expressões de uso conhecido e representativos do estudo realizado.

5- INTRODUÇÃO: neste item deve ser abordado o referencial teórico pesquisado para a elaboração do estudo. Se necessário, o texto poderá ser subdividido em subtítulo(s) sugestivo(s), grafados com alinhamento à esquerda e em negrito. A introdução **deverá ser finalizada com a hipótese e/ou objetivo(s) do estudo realizado**, sem a necessidade de evidenciá-los em subtítulos.

6- MATERIAL E MÉTODOS: neste item os autores devem detalhar os recursos materiais e metodológicos utilizados para realização do estudo.

Abreviaturas: para unidades de medida, utilize somente as unidades do Sistema Internacional de Unidades (SI). Utilize apenas abreviaturas e símbolos já padronizados, evitando incluí-las no título do manuscrito e no resumo. O termo completo deve preceder uma abreviatura quando ela for empregada pela primeira vez, salvo no caso de unidades comuns de medida.

No caso de estudos de atualização/ revisão da literatura os métodos devem conter informações completas sobre o meio de obtenção dos estudos analisados; os termos utilizados para seleção de obras; os idiomas habilitados; os critérios de utilização ou exclusão das obras analisadas; o recorte temporal utilizado; o critério para delimitação do recorte temporal; outros parâmetros relevantes para que o leitor seja capaz de replicar a sistemática adotada pelos autores.

Casos clínicos não possuem o item MATERIAL E MÉTODOS, mas os materiais e procedimentos adotados/ utilizados devem ser registrados ao longo da descrição do caso.

7 – RESULTADOS: este item é aplicável nos manuscritos chamados de originais (experimentação clássica), com resultados inéditos. Revisões da Literatura não possuem o item resultados. Figuras e Tabelas (se houver) deverão ser inseridas pelos autores no corpo do texto em local onde sua visualização facilite a compreensão do estudo apresentado. No Relato de Caso Clínico os resultados fazem parte da apresentação do caso ou ainda da discussão, não sendo especificados separadamente.

- Se houver Figuras, recomenda-se que sejam coloridas, com numeração arábica progressiva. O título da figura deverá aparecer abaixo desta, seguido pela sua respectiva legenda, ambas em fonte de tamanho 8. As figuras devem possuir pelo menos 300 dpi, no formato .JPG. Não serão aceitas imagens fora de foco; figuras que não sejam obra autoral dos autores necessariamente devem vir acompanhadas da citação de sua fonte (referência), de acordo com o padrão Vancouver de citação; a numeração da referência de uma figura é sequencial a do texto do estudo.

- Se o estudo contemplar Tabelas, o título desta deverá ser inserido sobre (acima) a tabela, com

numeração arábica progressiva, indicando, logo abaixo da tabela, a sua legenda ou fonte da pesquisa (se houver), ou algum item de observação relevante para interpretação de seu conteúdo. Os resultados apresentados em tabelas não devem ser repetidos em gráficos, e vice-versa;

No texto, a referência às Tabelas ou Figuras deverá ser feita por algarismos arábicos. Note que **não deverá ser feita inserção** dos elementos denominando-os como: esquema, diagrama, gráfico, quadro, etc. Os elementos gráficos do artigo necessariamente deverão ser chamados de Figura ou de Tabela. Recomenda-se que o total de Figuras e Tabelas não seja superior a oito.

8- DISCUSSÃO: após a apresentação dos resultados, no item DISCUSSÃO, os autores deverão comentar sobre seus achados experimentais, ou considerar sobre o conteúdo revisado, contextualizando-os com os registros prévios existentes na literatura científica especializada.

9- CONCLUSÕES: após a discussão, o(s) autor(es) deverá(ão) responder de modo afirmativo ou negativo sobre a hipótese que motivou a realização do estudo, por meio do alcance dos objetivos propostos. No último parágrafo, o(s) autor(es) poderá(ão) expressar sua contribuição reflexiva (de cunho pessoal), e/ou versar sobre as perspectivas acerca do estudo realizado.

10- FINANCIAMENTO e AGRADECIMENTOS: o(s) autor(es) deve(m) indicar a(s) fonte(s) de financiamento da pesquisa (agências de fomento, empresas, etc.). Não havendo fonte financiadora, registre “NÃO SE APLICA”. Neste último caso, o item financiamento será removido pela equipe editorial da Master Editora para a finalização da versão final da obra. No caso dos autores desejarem registrar agradecimentos, estes devem ser direcionados a Instituições de Ensino, Institutos de Pesquisa ou à pessoas que contribuíram para a realização do estudo, mas que não figuram como autores, como por exemplo: técnicos de laboratório, analista de estatística ou de dados da Instituição de Ensino que possam ter fornecido subsídios informacionais para o estudo que se deseja publicar. Neste item não aplicam agradecimentos de cunho religioso ou de viés político-partidário, com a citação nominal de pessoas ou instituições que não tem relação direta com o estudo a ser publicado.

11- REFERÊNCIAS: é o último item de formatação do manuscrito. As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem mencionadas pela primeira vez no texto, figura ou tabela do estudo e normalizadas de acordo com o padrão Vancouver de citação. Os títulos de periódicos devem ser abreviados de acordo com o Index Medicus (*List of Journals Indexed in Index Medicus*, disponível em <http://www.nlm.nih.gov>). Utilize fonte Times New Roman de tamanho 9. Listar todos os autores até o terceiro; quando forem quatro ou mais, listar os três primeiros, seguidos de *et al.* As referências são de responsabilidade dos autores e devem estar de acordo com os originais.

Exemplos de referências:**LIVROS:**

1. Vellini-Ferreira F. Ortodontia: diagnóstico e planejamento clínico. 3ª ed. São Paulo: Artes Médicas. 1999.
2. Kane AB, Kumar V. Patologia ambiental e nutricional. In: Cotran RS. Robbins: patologia estrutural e funcional. 6ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2000.

PERIÓDICOS CIENTÍFICOS:

3. Ong JL, Hoppe CA, Cardenas HL, et al. Osteoblast precursor cell activity on HA surfaces of different treatments. J Biomed Mater Res. 1998. 39(2):176-83.

Nota explicativa: último sobrenome do autor e suas demais iniciais; nome dos autores separados por vírgula; a partir do terceiro autor, utilizar a expressão et al. em itálico; primeira letra de cada nome do título do periódico em maiúsculo; ano; volume; número do volume entre parênteses; páginas registradas após “dois pontos”.

WEBSITES:

4. World Health Organization. Oral health survey: basic methods. 4th ed. Geneve: ORH EPID: 1997. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Imunoterapia. [acesso 11 mar. 2012] Disponível em: <http://inca.gov.br/tratamento/imunoterapia.htm>

MONOGRAFIAS, DISSERTAÇÕES E TESES:

5. Mutarelli OS. Estudo in vitro da deformação e fadiga de grampos circunferenciais de prótese parcial removível, fundidos em liga de cobalto-cromo e em titânio comercialmente puro. [tese] São Paulo: Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo. 2000.

ANAIS DE EVENTOS OU ENCONTROS CIENTÍFICOS:

6. Ribeiro A, Thylstrup A, Souza IP, Vianna R. Biofilme e atividade de cárie: sua correlação em crianças HIV+. In: 16ª Reunião Anual da Sociedade Brasileira de Pesquisa Odontológica. 1999; set 8; Águas de São Pedro. São Paulo: SBPqO. 1999.

IMPORTANTE

A Master Editora permite a reprodução do conteúdo de qualquer das edições do periódico **BJSCR**, no todo ou em parte, desde que sejam mencionados o nome do autor e a origem, em conformidade com a legislação sobre Direitos Autorais. O artigo será publicado eletronicamente e estará disponível no site do periódico BJSCR, podendo estar vinculado à outros portais ou bases de periódicos científicos. As datas de recebimento e aceitação do manuscrito serão registradas no artigo publicado.

As provas do artigo serão enviadas ao autor de correspondência via e-mail, ou para o autor que iniciou o processo de submissão, preferencialmente, devendo o template e as respectivas solicitações de correções atendidas no prazo estipulado e constante da mensagem encaminhada aos autores nas etapas anteriores a publicação.

LISTA DE ARQUIVOS QUE NECESSITAM SER ENCAMINHADOS:

- () Template do manuscrito do estudo no word.doc. O nome do arquivo deve ser o nome do primeiro autor do estudo (**nome do autor.doc**).
- () Carta de transferência de direitos autorais, devidamente preenchida e assinada por todos os autores, transferindo todos os direitos autorais, caso o manuscrito venha a ser publicado sob a forma de artigo científico, no formato PDF (autor-direitos.doc).
- () Documento comprobatório de aprovação do estudo em Comitê de Ética, para estudos experimentais com seres humanos ou com animais. As publicações dos resultados na forma de Caso Clínico devem ser autorizadas pela instituição que detém a guarda do prontuário do paciente e pelo próprio paciente, via Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE). Não se exclui ainda a necessidade de apresentação de parecer de aprovação de Comitê de ética em Pesquisa sempre que os dados representarem a análise de tratamentos/ procedimentos experimentais.

DECLARAÇÕES

Após a publicação da obra, sugerimos que os autores atualizem seus respectivos currículos acadêmicos, inserindo as novas informações: ISSN do periódico, nome dos autores, título do estudo recém-publicado, volume e número do periódico e número de paginação.

A Master Editora não emite declarações de publicação de forma automática, uma vez que a comprovação da publicação é o próprio artigo disponibilizado online. Sob esta perspectiva, os autores poderão imprimir os elementos pré-textuais da edição (capa, editorial e índice) e o artigo na íntegra

para composição de currículo documentado.

Em caso de necessidade de expedição de declaração de publicação, o interessado deverá solicitar via e-mail (mastereditora@mastereditora.com.br) indicando o título da obra e autoria(s). A Declaração será enviada por e-mail (PDF), sem custo. Caso seja necessário o envio postal, o interessado deverá explicitar esta forma de envio, arcando com a respectiva despesa postal, conforme a modalidade de envio solicitada (carta simples registrada com A.R. ou SEDEX) e CEP.

NORMAS GERAIS E PROCEDIMENTOS EDITORIAIS APÓS A SUBMISSÃO DO MANUSCRITO

Os manuscritos submetidos para publicação no periódico **BJSCR** não devem ter sido divulgados previamente. Serão aceitos para submissão: manuscritos originais, relatos de casos e revisão/atualização da literatura.

A critério do Editor-Chefe do periódico **BJSCR** ou nos casos onde o assunto ou área do conhecimento da obra submetida não sejam de domínio técnico-científico dos atuais membros do Conselho Editorial do periódico **BJSCR**, ao autor de correspondência poderá ser solicitado a indicar até 4 pareceristas *ad hoc* com titulação de doutor, vinculado à Instituição de Ensino Superior ou Instituto de Pesquisa no Brasil ou no exterior, com expressividade na área de conhecimento do manuscrito a ser publicado, e sem conflito de interesse com a obra ou seus autores.

O manuscrito será submetido inicialmente ao Editor-Chefe do periódico **BJSCR** para uma análise preliminar de mérito, relevância e contribuição para expansão da fronteira do conhecimento científico, podendo ainda o manuscrito ser aprovado por *ad referendum* do Editor-Chefe do **BJSCR**.

Autores com expressividade em sua área de atuação também poderão publicar suas obras no periódico sob convite especial do Editor-Chefe do **BJSCR**.

Com o parecer preliminar favorável do Editor-Chefe, o manuscrito seguirá para análise *ad hoc*. Com parecer desfavorável para a publicação ocorrerá a recusa automática do periódico **BJSCR** em publicar o manuscrito sob a forma de artigo científico, sendo a decisão informada ao autor de correspondência.

Quando e se necessário, serão solicitadas alterações e revisões aos autores. Ao Conselho Editorial do **BJSCR** reserva-se o direito de aceitar, sugerir alterações ou recusar os trabalhos encaminhados para publicação, mantendo-se o anonimato do avaliador. Ao periódico **BJSCR** se reserva ainda o direito de realizar alterações textuais de caráter formal, ortográfico ou gramatical antes de encaminhá-lo para

3. CERTIFICADO DE APRESENTAÇÃO EM CONGRESSO E RESUMO PUBLICADO EM ANAIS



FACULDADE EVANGÉLICA DE GOIANÉSIA
Av. Brasil, nº 1.000, Bairro Covoá, Goianésia – Goiás
CEP: 76.380-000 – Fone: (62) 3389 7350

DECLARAÇÃO

Declaramos para fins de comprovação que os acadêmicos **João Victor Nascimento Oliveira** (009.935.971-57), **Luanna de Carvalho Almeida** (706.004.771-93), **Ana Clara Fernandes Fabiano** (043.481.641-85) e **Marcos Vinnycius Rolim Azarias** (704.623.361-66) apresentaram oralmente o trabalho intitulado "*Incisivos Centrais Inferiores com abscesso periapical agudo demonstrando presença de fistula extraoral com drenagem espontânea*" na X Jornada Odontológica de Goianésia.

Por ser a expressão da verdade firmamos a presente declaração.

Faculdade Evangélica de Goianésia, em Goianésia, Goiás, aos 05 dias do mês de dezembro do ano de dois mil e vinte e dois (05/12/2022).

Profa. Dra. Maisa França Teixeira
Coordenadora de Trabalho de Curso (TC) do curso de Odontologia
Faculdade Evangélica de Goianésia (FACEG)



INCISIVOS CENTRAIS INFERIORES COM ABSCESSO PERIAPICAL AGUDO E PRESENÇA DE FÍSTULA EXTRAORAL COM DRENAGEM ESPÔNTANEA – RELATO DE CASO

ANA CLARA FERNANDES FABIANO¹
 JOÃO VICTOR NASCIMENTO OLIVEIRA¹
 LUANNA DE CARVALHO ALMEIDA¹
 MARCOS VINNYCIUS ROLIM AZARIAS¹
 ALYNE MOREIRA BRASIL²

¹*Discente do curso de Odontologia da Faculdade Evangélica de Goianésia - e-mail: joao_vno@hotmail.com*

²*Docente do curso de Odontologia da Faculdade Evangélica de Goianésia - e-mail: moreira.alyne@gmail.com*

RESUMO:

O abscesso periapical agudo é uma patologia localizada na região de periápice do dente, constituído de processos inflamatórios e infecciosos derivados de agentes físicos, químicos e principalmente microbianos, levando o organismo a produzir exsudato purulento na região do periápice. As suas complicações podem ser definidas quanto a seus estágios, podendo o abscesso ser crônico ou agudo. Sua forma de inicialização na cavidade bucal se deriva secundariamente à uma cárie dentária, negligências do tratamento radicular entre outros. O presente trabalho tem como foco principal a análise específica de uma lesão no periápice com denominação aguda, cujo caso relatado é de um paciente portador com um abscesso perirradicular e drenagem cutânea de forma espontânea. As informações do caso foram retiradas através da revisão do prontuário, arquivos fotográficos e descrição realizada pela endodontista responsável. Diante do caso exposto e do grau de sintomatologia dolorosa, o paciente apresentou significativa melhora de sua infecção, tanto quanto do desaparecimento da fístula extraoral. A partir das intervenções utilizadas, atingiu-se um resultado satisfatório e de cunho terapêutico. Paciente do sexo masculino, 46 anos, compareceu em consultório particular com queixa de dor, inchaço e sensação de pressão na região ântero inferior da mandíbula. Na anamnese, os sinais sistêmicos estavam ausentes. Segundo relatado, o paciente apresentou resposta dolorosa durante uma partida de vôlei há mais de 20 anos na qual sofreu um trauma. No exame clínico, notou-se um escurecimento e trinca de coroa do elemento 31, comprovada por exames radiográficos. A drenagem e o tratamento endodôntico tiveram um resultado satisfatório. As infecções endodônticas acometem os canais radiculares, contudo, também podem invadir os tecidos perirradiculares através dos subprodutos dos microrganismos. Dependendo da virulência deles, a resposta inflamatória pode resultar em um processo purulento levando a uma doença difusa. Por conseguinte, no presente relato, a terapêutica endodôntica no caso de abscesso periapical agudo se apresentou eficaz e foi responsável, de maneira rápida pela recuperação da saúde do paciente. Destarte, mostra-se necessário a avaliação e diagnóstico do caso, tornando a resolução livre de complicações, além de deter o paciente de desgastes.

PALAVRAS-CHAVE: Abscesso Agudo. Fístula. Endodontia. Drenagem Cutânea.



Maisa <anais.unievangelica@gmail.com>

Para: Você; Ana Clara Fernandes Fabiano; Luanna de Carvalho Almeida +2 pessoas



Qui, 05/05/2022 18:32

João Victor Nascimento Oliveira, Ana Clara Fernandes Fabiano, Luanna de Carvalho Almeida, Marcos Vinnycius Rolim Azarias, Alyne Moreira Brasil,

Foi tomada uma decisão sobre o artigo submetido à revista Jornada Odontologia de Goianésia, "INCISIVOS CENTRAIS INFERIORES COM ABSCESSO PERIAPICAL AGUDO E PRESENÇA DE FÍSTULA EXTRAORAL COM DRENAGEM ESPÔNTANEA : RELATO DE CASO".

A decisão é: Submissão aceita.

4. COMPROVANTE DE ACEITE DO ARTIGO PARA REVISTACIENTÍFICA

Vol.40,n.3,pp.20-27 (Set - Nov 2022)

Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research – BJSCR

INCISIVOS CENTRAIS INFERIORES COM ABSCESSO PERIAPICAL AGUDO DEMONSTRANDO PRESENÇA DE FÍSTULA EXTRAORAL COM DRENAGEM ESPÔNTANEA

LOWER CENTRAL INCISIVES WITH ACUTE PERIAPICAL ABSCESS DEMONSTRATING THE PRESENCE OF EXTRAORAL FISTULA WITH SPONTANEOUS DRAINAGE

ANA CLARA FERNANDES **FABIANO**¹, JOÃO VICTOR NASCIMENTO **OLIVEIRA**¹, LUANNA DE CARVALHO **ALMEIDA**¹, MARCOS VINNYCIUS ROLIM **AZARIAS**¹, MAISA FRANÇA **TEIXEIRA**², ALYNE MOREIRA **BRASIL**^{3*}

1. Acadêmico do curso de graduação de Odontologia da Faculdade Evangélica de Goianésia; 2. Doutora e Professora adjunta do curso de odontologia da Faculdade Evangélica de Goianésia; 3. Graduada em Odontologia pelo Centro Universitário de Anápolis, Professora Mestre em Endodontia das disciplinas de Endodontia e Clínica Integrada do curso de Odontologia da Faculdade Evangélica de Goianésia.

* Rua José Ludovico de Almeida, 245. Apto 104, Vila Goiás, Anápolis, Goiás, Brasil. CEP: 75120-170.
alyne.brasil@docente.evangelicagoianesia.edu.br

Recebido em 15/09/2022. Aceito para publicação em 09/10/2022

RESUMO

O abscesso periapical é uma patologia perirradicular derivada de agentes físicos, químicos e principalmente microbianos, afetando, portanto, a polpa dentária e levando à formação de exudato purulento na região do periápice do dente. As complicações podem ser definidas quanto a seus estágios, sendo eles crônico e agudo. A fim de diferenciá-los quanto a sintomatologia; a ausência de dor e edema definem o primeiro, em contrapartida, a presença de dor juntamente com o inchaço elucida o segundo, respectivamente. O enfoque do trabalho é revisar a literatura científica direcionada ao tema, evidenciando o relato de um caso clínico, portanto, a análise do diagnóstico, tratamento e prognóstico associado a fistula extraoral foram aplicadas. Concluindo essa revisão, nota-se que o diagnóstico correto e a prudência do cirurgião-dentista denotam extrema credibilidade, no que diz respeito a abordagem minuciosa e metódica diante das histórias da contusão e dos exames imagiológicos. A multidisciplinariedade dinamiza e estabelece resultados contundentes que viabilizam e entregam uma resposta efetiva para um devido plano de tratamento.

PALAVRAS-CHAVE: Abscesso agudo; fistula; drenagem; endodontia.

ABSTRACT

Periapical abscess is a periradicular pathology derived from physical, chemical, and mainly microbial agents, thus affecting the dental pulp and leading to the formation of pus in the periapical region of the tooth. Complications can be defined in terms of their stages, which are chronic and acute. In order to differentiate them in terms of symptomatology; the absence of pain and edema define the first, in contrast, the presence of pain together with the swelling elucidates the second, respectively. The focus of the work is to review the scientific literature on the subject, highlighting the report of a clinical case, therefore, the analysis of diagnosis, treatment and

prognosis associated with extraoral fistula were applied. Concluding this review, it is noted that the correct diagnosis and the prudence of the dental surgeon denote extreme credibility, about a meticulous and methodical approach to the injury stories and imaging exams. The multidisciplinary dynamizes and establishes strong results that enable and deliver an effective response to a proper treatment plan.

KEYWORDS: Acute abscess; fistula; drainage; endodontics.

1. INTRODUÇÃO

Ao adentrar profundamente em estudos correlacionados aos abscessos periapicais, é possível conseguir a definição de suas etiologias, bactérias causais, características, sinais, sintomas, dentre outras especificidades. A presente arguição tem como foco principal a análise específica de uma lesão no periápice com denominação aguda.

O abscesso periapical é considerado uma patologia de origem dental, e da região periradicular se constituindo como um processo inflamatório e infeccioso derivado de agentes físicos, químicos e principalmente microbianos, afetando, portanto, a polpa dentária e levando à formação de pus na região do ápice do dente. As suas complicações podem ser definidas quanto a seus estágios, sendo eles crônico e agudo.

O processo de inicialização dos abscessos periapicais, geralmente ocorre secundário à uma cárie dentária, falhas no tratamento radicular e outros, ou seja, principal presença de microrganismos no elemento dentário. Uma vez que, posteriormente a amulação da polpa intacta, a colonização diversificada de bactérias no canal radicular é a principal forma de infecção da câmara¹.

5. ANEXOS

APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

FACULDADE EVANGÉLICA DE GOIANÉSIA
GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, Alyne Moreira Brasil, Ana Clara Fernandes Fabiano, João Victor Nascimento Oliveira, Luanna de Carvalho Almeida, Maísa França Teixeira e Marcos Vinnycius Rolim Azarias, estamos desenvolvendo a pesquisa "Incisivos centrais inferiores com abscesso periapical agudo e presença de fístula extraoral com drenagem espontânea - relato de caso". A presente pesquisa pretende relatar a causa de tal abscesso e seus riscos caso o tratamento seja negligenciado pelos cirurgiões-dentistas, sendo um problema e um grande risco. Este estudo foi realizado através do acompanhamento do participante em consultório, todas as etapas foram registradas. Será garantido sigilo.

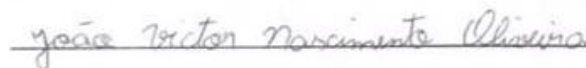
Assegurando a privacidade dos participantes da pesquisa quanto aos dados envolvidos na mesma, cada participante poderá desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, exceto quando os dados já estiverem publicados. Esperamos que os resultados nos permitam elaborar sugestões adequadas, contribuindo para a melhoria dos serviços em odontologia. Se você tiver alguma dúvida em relação ao estudo ou não quiser mais fazer parte do mesmo, pode entrar em contato pelo telefone (62) 984122171. Se você estiver de acordo em participar, posso garantir que as informações fornecidas serão confidenciais e somente serão utilizadas neste trabalho.

Pesquisadores Principais

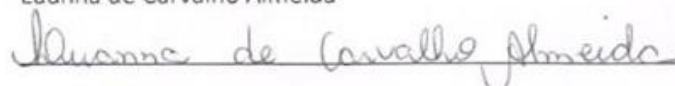
Ana Clara Fernandes Fabiano



João Victor Nascimento Oliveira



Luanna de Carvalho Almeida



Marcos Vinnycius Rolim Azarias

Marcos Vinnycius Rolim Azarias

Pesquisadores Responsáveis

Prof. Me. Alyne Moreira Brasil

Alyne Moreira Brasil

Prof. Me. Dr^a. Maisa França Teixeira

Maisa França Teixeira

Consentimento Pós-Infirmação

Eu, PAULO MOREIRA MAIA BRASIL

fui esclarecido (a) sobre a pesquisa "Incisivos centrais inferiores com abscesso periapical agudo e presença de fístula extraoral com drenagem espontânea - relato de caso", e concordo que meus dados sejam utilizados na realização da mesma.

Goianésia, 14 de setembro de 2022.

Assinatura: 

RG: 3450492 558-60